

Funcionamento Familiar e Anorexia Nervosa

Ana Maria Baptista Cardoso

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Ramo de Especialização em Terapias Familiares e Sistémicas

Orientadora: Professora Doutora Joana Sequeira, Professora Auxiliar
Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, abril de 2019

Agradecimentos

Com o aproximar de mais um desfecho da vida académica, é imprescindível prestar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que o tornaram possível. Desta forma, deixo algumas palavras para quem, de forma direta ou indireta, possibilitou a realização deste trabalho.

Começo por agradecer à Professora Doutora Joana Sequeira, orientadora da dissertação, por todas as palavras de encorajamento, saber científico, pela disponibilidade e por todo o apoio e compreensão prestada. Muitíssimo obrigada!

Aos meus pais, que sempre estiveram presentes ao longo de todo este percurso. Obrigado aos dois pelo carinho e apoio incondicional. Pois, sem vocês, nada disto seria possível.

À minha família, especialmente à Soraia, Laurinda, Odete, José e ao Leo, pelo apoio, encorajamento e reconhecimento que me deram. Sempre foram um porto de abrigo ao longo desta caminhada.

Aos meus sobrinhos por serem as melhores coisas do mundo!

A todos os meus amigos, principalmente às minhas colegas que me acompanharam nesta fase, com especial destaque à Mariana pela paciência, colaboração, aconselhamento, disponibilidade, incentivo e apoio. Obrigada!

Agradeço ao Hospital Pediátrico de Coimbra na pessoa da Dra. Carla Pinho. Finalmente, obrigada a todos os participantes que se disponibilizaram para participar neste estudo!

A todos o meu muito obrigada!

Resumo

Objetivo: Este estudo pretende estudar a percepção do funcionamento familiar em famílias com pacientes anoréticas, a imagem corporal e os comportamentos e atitudes alimentares da paciente anorética.

Metodologia: Participaram 32 famílias, num total de 109 participantes, em seguimento nas consultas da Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico do CHUC em Coimbra. Os instrumentos utilizados foram a *Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar* (FACES-IV), *Contour Drawing Rating Scale* (CDRS), *Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes* (TAACA) e o questionário sociodemográfico e de dados complementares.

Resultados: As famílias percecionam-se como equilibradas (coesas e flexíveis), com satisfação familiar baixa e comunicação moderada e baixa. As pacientes, em comparação com os restantes elementos da família, percecionam a família como moderadamente rígida. As pacientes que frequentam o 3º ciclo apresentam mais atitudes e comportamentos alimentares problemáticos, bem como as pacientes que são seguidas há menos de seis meses, as que fazem medicação e que estiveram internadas. E estas últimas apresentam também maior insatisfação com a sua imagem corporal.

Conclusão: Este estudo permite concluir que as famílias das pacientes anoréticas percecionam coesão e flexibilidade elevadas, apesar da satisfação familiar e da comunicação ser baixa. Este dado contradiz algumas das teorias, explicativas da anorexia e funcionamento familiar, onde se apontam problemas de coesão - tendência para o emaranhamento - e na flexibilidade - tendência para a rigidez.

Palavras-chave: Funcionamento familiar; Coesão; Flexibilidade; Anorexia Nervosa; Imagem corporal.

Abstract

Purpose: The main objective of this study was to analyze the perception of the family functioning in families with anorexic patients, the body image and the eating behaviors and attitudes of the anorexic patient.

Methodology: A total of 32 families and 109 participants were included in this study. Patients were followed in the service of Pedopsychiatry of the Pediatric Hospital - CHUC. The instruments were the *Family Adaptability and Cohesion Scale* (FACES-IV), *Contour Drawing Rating Scale* (CDRS), *Children's Eating Attitudes Test* (TAACA) and the socio-demographic and complementary data questionnaire.

Results: Families perceive themselves as balanced (cohesive and flexible), with low family satisfaction and moderate and low communication. The patients, compared to the other family members, perceive the family as moderately rigid. Patients who attend the third cycle have more problematic eating behaviors, as well as patients who have been followed for less than six months, the patients that are medicated, those who have been hospitalized, and, these, also have a greater dissatisfaction with body image.

Conclusion: Families with an anorexic patient perceive high cohesion and flexibility, despite family satisfaction and low communication. This data contradicts some of the clinical theories, explaining anorexia and family functioning, were problems in cohesion - tendency to enmeshment - and in flexibility - tendency to rigidity.

Keywords: Family functioning; Cohesion; Flexibility; Anorexia Nervosa; Body image.

Introdução

A Anorexia Nervosa (AN) é uma Perturbação da Alimentação e da Ingestão grave que afeta, principalmente, jovens do sexo feminino (Busse, 2004). Encontra-se entre as perturbações mentais mais graves e com maior mortalidade na adolescência (Hoeck, 2006).

Esta perturbação emerge, frequentemente, na adolescência, e o seu desenvolvimento está relacionado com dificuldades e vulnerabilidades no contexto sociocultural, mudanças psicossociais, biológicas e familiares, que ocorrem nesta etapa do ciclo vital da família (Gouveia, 2000).

Com este trabalho pretende-se estudar as famílias com pacientes diagnosticadas com Anorexia Nervosa (AN) - focando dimensões do funcionamento familiar e sintomatologia anorética.

De acordo com o DSM-5, a AN caracteriza-se por peso corporal a baixo do peso mínimo esperado, resultante da restrição alimentar e medo exacerbado de engordar ou ganhar peso. Pode ocorrer distorção na apreciação e na autoavaliação da forma corporal ou do peso. Os indivíduos com esta perturbação têm dificuldade em reconhecer a gravidade da doença, apesar de apresentarem um peso baixo ou muito baixo (APA, 2014).

Existem fatores de vulnerabilidade familiar face ao surgimento da AN. Estes fatores implicam aspetos da relação interpessoal, nomeadamente, os padrões de interação, a facilitação da autonomia afetiva emocional e a comunicação. Este quadro clínico emerge não apenas pela influência excessiva e patológica dos padrões de beleza socialmente veiculados face à mulher, ausência de apetite ou volição alimentar, mas integra, também, aspetos psicológicos da história de vida afetivo-emocional inter e intrapessoais da jovem e da sua família (Santos, 2016).

Entre o nível de disfunção do sistema familiar e a AN verifica-se que quanto maior é a severidade da patologia alimentar maior será a disfunção da família (Wisotsky, Dancyger, Fornaria, Katz, Wisotsky & Swencionis, 2003). Esta patologia tem implicações na capacidade relacional dos elementos, dentro e fora da família, gera dinâmicas disfuncionais e conflitos entre os pais e a anorética (Highet, Thompson & King, 2005).

No quadro compreensivo teórico da psicologia da família foram desenvolvidos três modelos fundamentais que analisam as famílias das jovens anoréticas, sendo eles: o modelo estratégico de Palazzoli - Escola de Milão -, modelo estrutural de Minuchin e o modelo transgeracional de White (Nascimento, 2010). As três abordagens compreensivas complementam-se e por focarem aspetos funcionais e narrativos permitem uma compreensão complexa e multidimensional do funcionamento destas famílias.

Palazzoli (1974), fundadora da Escola de Milão, nos seus trabalhos relacionados com a AN destaca o carácter homeostático e paradoxal do sintoma e observa que a negação das

coligações e alianças são frequentes nestas famílias. O processo interativo da família com filhas anoréticas é descrito por Palazzoli (1990) em seis etapas, sendo elas: 1) existência de um conflito conjugal que abrange os elementos da família nuclear, com repercussão na família alargada; 2) a futura anorética vai precocemente envolver-se no terreno conjugal, percebendo de forma mais significativa os sinais da mãe ou do pai; 3) na adolescência, e quando ocorre transformação na relação entre o pai e a filha, a paciente distancia-se da mãe, desenvolvendo uma relação “sedutora” e recíproca com o pai; 4) surge a dieta, na qual o emagrecimento funciona como um desafio à mãe porque corresponde a uma recusa dos seus valores em benefício dos valores juvenis, que reforça a aliança com o pai; 5) o pai, frequentemente percebido como “fraco/desqualificado” na família vê-se impossibilitado de manter a aliança com a filha, o que revolta a adolescente; 6) por fim, a adolescente percebe que o sintoma lhe confere muito poder dentro da família e, por isso, utiliza-o para gerir e controlar as relações.

Minuchin (1974), autor da escola estrutural, destaca que o desenvolvimento de uma doença psicossomática deve-se a três fatores, nomeadamente: A) à vulnerabilidade fisiológica; B) envolvimento do jovem no conflito parental e C) existência de uma organização de funcionamento familiar característica, ou seja, o funcionamento familiar é caracterizado como sendo: 1) superprotetor - a família encontra-se muito preocupada com o bem-estar dos seus elementos e apresentam respostas de proteção em relação aos mesmos; 2) emaranhamento - os elementos da família estão envolvidos entre si e apresentaram respostas na interação que são excessivas; 3) dificuldades de resolução de conflitos - as famílias negam a existência dos conflitos, acabando por não os negociar nem resolver; 4) é rígida - a organização destas famílias é considerada como rígida sendo muito difícil promover a mudança na família.

Minuchin (1974) defende que o paciente identificado através do sintoma psicossomático expressa a disfunção familiar e, desta forma, o sintoma pode representar uma tentativa de o solucionar. Assim, conclui-se que os sintomas funcionam para manter o funcionamento e simultaneamente para apelar à sua transformação e evolução (Minuchin, 1974).

O elemento que apresenta o sintoma assume-se como um novo foco na família e as famílias para prevenirem conflitos, noutras áreas, que não a doença, acabam por reforçar o comportamento sintomático. Assim, quando os conflitos são uma ameaça para a díade conjugal a pessoa sintomática é essencial para evitar o conflito, ao constituir uma tríade rígida que desvia a tensão do casal para o terceiro elemento sintomático (Minuchin, 1974).

A terceira e última teoria explicativa é o modelo narrativo transgeracional de White (1983). Considera que existe uma ligação entre as crenças rígidas e implícitas na família e a AN.

Algumas filhas tornam-se vulneráveis à AN por estarem sujeitas a crenças que contêm prescrições de papéis específicos. Em todas as famílias, o sistema de crenças inclui as tradições, costumes, prescrição de papéis, regras, valores e atitudes sobre expressão de sentimentos e relacionamentos. Nas famílias, aquando a existência de crenças mais rígidas e implícitas, os seus elementos tendem a apresentar um leque restrito de opções e poucos padrões alternativos de relacionamento, observando-se exigências de cuidar que são apresentadas de forma rígida. As crenças familiares são transmitidas de geração em geração e delimitam as interações dos elementos da família (White, 1983).

White (1983), afirma a existência de condições para a negação de si próprio (*self*) e para a vulnerabilidade aos sintomas da AN, quando em alguns dos jovens há um conjunto de crenças que incluem: 1) prescrição de um papel específico para a anorética, visto que, nestas famílias prevê-se que as mulheres tenham o papel de autosacrifício e sejam sensíveis e cuidadoras, papel este que se aplica a algumas filhas; 2) a lealdade e atribuição de muito valor a comportamentos motivados pela lealdade, relativamente à tradição familiar e às pessoas da família; 3) *insightfulness* domina a realidade, isto é, os elementos da família consideram que sabem quais as intenções e motivações que estão por detrás dos seus comportamentos. Cada elemento da família é avaliado segundo estes aspetos, de acordo com o continuum adequado ou inadequado. Estes padrões e crenças limitam os indivíduos e encorajam os diversos membros da família a ficarem presos nas culpabilidades e autocríticas. Os problemas/dificuldades são explicados pelas imperfeições, incompetência e deslealdade entre indivíduos e face à família (White, 1983).

Para melhorar a compreensão acerca da lealdade, é importante salientar que, devido ao valor que lhe é atribuído existem algumas consequências, nomeadamente: 1) as alianças entre duas pessoas, embora ocorram, são negadas, uma vez que, sugerem traição ou abandono de um terceiro; 2) os avós intrometem-se na dinâmica familiar, pois os limites são difusos entre família nuclear e extensa; 3) e por fim, as relações de pares são ténues e em caso de divisão de lealdades entre o grupo de pares e a família, é sempre resolvida em favor da família (White, 1983).

Segundo Relvas (1996), na etapa “famílias com filhos adolescentes”, a família tem como função ajudar os adolescentes a prepararem-se para assumirem papéis adultos de carácter afetivo, relacional, laboral e social que se traduzem no processo de autonomia. A família desempenha um papel crucial neste processo, pois poderá potenciar ou limitar, pelo seu funcionamento e recursos a múltiplos níveis, a capacidade de o jovem prosseguir com sucesso

as tarefas desenvolvimentos previstas (Relvas, 1996). Conforme se pode compreender das teorias descritivas das famílias com anoréticas estas funções e processos normativos estão fortemente comprometidos, dificultando a transição normativa da etapa da adolescência, ao nível individual e familiar.

O funcionamento familiar implica várias dimensões operativas e relacionais e por isso é um conceito muito complexo (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983). Segundo Shek (2002) implica a qualidade de vida familiar a um nível sistémico e diádico e refere-se à coesão, comunicação, adaptabilidade, estrutura familiar e resolução de problemas (Wang & Zhao, 2013).

A coesão familiar é definida pelos laços emocionais que os elementos da família apresentam entre si. Implica as fronteiras, laços emocionais, coligações, tomada de decisão, amigos, espaço, tempo, recreação e interesses (Olson, 2011; Olson & Gorall, 2003).

A flexibilidade familiar, é definida pela capacidade que a família tem para alterar as suas regras, papéis, estrutura e controlo como forma de dar resposta aos conflitos e pressões da vida familiar, gerindo equilíbrios e mudanças (Olson, 2011; Olson & Gorall, 2003). A flexibilidade refere-se aos estilos de negociação, regras, papéis, disciplina, controlo na família e entre os seus elementos (Olson, 2011; Olson & Gorall, 2003).

Vários trabalhos têm focado as dificuldades ao nível da coesão nestas famílias. Nascimento (2010) realizou um estudo acerca da perceção que as anoréticas têm relativamente a si mesmas, aos pais e sobre o funcionamento familiar. Porém neste estudo não se verificaram diferenças entre as famílias com jovens anoréticas face às famílias em geral, relativamente à coesão/estrutura e adaptabilidade. A adaptabilidade familiar é percecionada como equilibrada, entre estruturada e flexível. A coesão foi avaliada como tendo níveis moderados, ou seja, separada e flexível (Nascimento, 2010).

Já o estudo de Cook-Darzens, Doyen, Falissard e Mouren (2005) verificou que as anoréticas e os irmãos, percecionam as suas famílias como sendo menos coesas, em comparação com os pais. As mães e os irmãos, relativamente à flexibilidade mencionam que a família é rígida. As mães e os irmãos apresentam maior insatisfação familiar quando a comparados com os pais (Cook-Darzens et al., 2005).

O estudo de Dare, Grange, Eisler e Rutherford (1994) avaliando o funcionamento familiar através da FACES III, com famílias com adolescente com Perturbação da Alimentação e da Ingestão evidência que os pais e as mães consideram as suas famílias equilibradas, mas desejam ser mais flexíveis e coesas. As pacientes quando a comparadas com os pais e mães,

percecionam a sua família como menos coesa. É de notar que as pacientes, em comparação com os pais, vêem a sua família como mais rígida. Todos os elementos da família, incluindo as anoréticas desejam maior flexibilidade e maior coesão no funcionamento familiar.

Waller, Slade e Calam (1990) analisaram se os níveis de coesão e adaptabilidade percebidos na família permitem diferenciar as mulheres com e sem Perturbação da Alimentação e da Ingestão. Pretenderam ainda, relacionar variáveis relativas à interação familiar percebida e atitudes alimentares. Participaram 68 mulheres, divididas entre o grupo clínico e grupo de comparação (Waller et al., 1990).

Os resultados permitiram perceber que as mulheres com Perturbação da Alimentação e da Ingestão percecionam as suas famílias com adaptabilidade e coesão baixas, ou seja, vêem as famílias como rígidas e desmembradas, em comparação com o grupo de comparação e obtiveram, ainda, resultados mais elevados no teste de atitudes alimentares (EAT-40). Não foram encontradas relações entre as variáveis relativas à interação familiar percebida e atitudes alimentares (idem).

A investigação de Cerniglia, Cimino, Tafà, Marzilli, Ballarotto e Bracaglia (2017) envolveu 181 adolescentes e respetivos pais, tendo como objetivo estudar as associações entre os sintomas psicopatológicos e o funcionamento familiar em adolescentes com Perturbação da Alimentação e da Ingestão. Segundo os resultados da FACES-IV, as famílias com adolescente anorética apresentam resultados mais elevados nas subescalas do emaranhamento e da rigidez e resultados mais baixos na subescala da coesão, flexibilidade caótica e comunicação (Cerniglia et al., 2017).

Na investigação de Anastasiadou, Sepulveda, Parks, Cuellar-Flores e Graell (2015) participaram 50 pacientes e 93 pais com o objetivo de identificar aspetos do funcionamento familiar que possam estar relacionados com o agravamento dos sintomas em adolescentes com Perturbação da Alimentação e da Ingestão. Conclui-se que as mães percebem a família como emaranhada e pouco flexível. Verificou-se, ainda que o agravamento dos sintomas da perturbação alimentar está associado a uma perceção de menor adaptabilidade, pelos pais (pai e mãe).

Também Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik e Tocilj (2004) concluíram que as pacientes com Perturbação da Alimentação e da Ingestão e as suas mães percecionam as suas famílias como sendo menos flexíveis e menos coesas e com dificuldades comunicacionais. As mães identificam a sua comunicação com as filhas como sendo aberta, sobrecarregada com problemas e incapacitante. No

entanto as mães percebem-na como menos problemática quando a comparadas com as filhas. As pacientes apresentam uma perspectiva mais negativa do funcionamento familiar (Vidović et al., 2004).

Neste sentido, Emanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask e Waller (2004) concluíram que as filhas anoréticas, quando comparadas com os demais elementos, percebem a comunicação como sendo pior em comparação com os restantes elementos.

Quanto à sintomatologia da paciente anorética, Alves, Vasconcelos, Calvo e Neves (2008), procuraram identificar a prevalência de sintomas de AN e de insatisfação com a imagem corporal com 1148 adolescentes. Conclui-se que a prevalência de comportamentos alimentares de risco está associada à insatisfação com a imagem corporal e na faixa etária dos 10 aos 13 anos (Alves et al., 2008).

Martins, Pelegrini, Matheus e Petroski (2010) analisaram a prevalência de sintomas de Anorexia e de insatisfação com a imagem corporal em 258 adolescentes, do sexo feminino, e analisaram a associação entre o estado nutricional, adiposidade corporal, insatisfação com imagem corporal e os sintomas de anorexia. Foi identificada uma prevalência de 25,3% de jovens que estão insatisfeitas com a sua imagem corporal e 27,6% foram encontrados sintomas de Anorexia. As autoras verificaram que as adolescentes que apresentam excesso de peso têm maior insatisfação com a imagem corporal, pois observaram-se correlações entre a insatisfação com a imagem corporal e o estado nutricional (Martins et al., 2010).

Os estudos apontam conclusões distintas quanto ao funcionamento familiar, coesão e flexibilidade familiar e evidenciam resultados opostos. Porém é consensual a insatisfação com o funcionamento da família, por parte de vários elementos e as dificuldades na comunicação.

Este estudo pretende ser um contributo para a análise, numa população clínica, da percepção de funcionamento familiar, atitudes e comportamentos alimentares e (in)satisfação com a imagem corporal em adolescentes diagnosticadas com Perturbação da Alimentação e da Ingestão - Anorexia Nervosa - e suas famílias.

Métodos

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo analisar a percepção do funcionamento familiar dos elementos da família, a imagem corporal e os comportamentos e atitudes alimentares da filha adolescente com AN.

Os objetivos específicos são:

- 1) Estudar a percepção do funcionamento familiar quanto à coesão, adaptabilidade, satisfação familiar e comunicação em famílias com paciente diagnosticado com AN.

- 2) Analisar a percepção de funcionamento familiar (coesão, adaptabilidade, comunicação e satisfação familiar), os comportamentos alimentares e a imagem corporal relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas das pacientes.
- 3) Analisar a percepção de funcionamento familiar (coesão, adaptabilidade, comunicação e satisfação familiar) em famílias em diferentes etapas de tratamento e diagnóstico da doença.
- 4) Analisar a relação entre variáveis sociodemográficas das famílias, variáveis do funcionamento familiar (coesão, adaptabilidade, comunicação e satisfação familiar) e variáveis clínicas da paciente.

Participantes

Definiu-se como critério de participação indivíduos com Perturbação da Alimentação e da Ingestão em seguimento médico no serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra, com 12 ou mais anos, com diagnóstico de AN (DSM-5) e elementos da família da paciente, com idade igual ou superior a 12 anos.

Os participantes do estudo foram recrutados no serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra. Numa primeira fase participaram 48 famílias, foram excluídas 16 pelos seguintes motivos: 1) apenas um dos elementos entregou o questionário preenchido; 2) o paciente ter também o diagnóstico de Bulimia ou Perturbação da Alimentação e da Ingestão não específica. Após estas exclusões participaram 32 famílias, 109 participantes, 32 (29,36%) são adolescentes, 31 (28,44%) são mães, 26 (23,85%) são pais, 16 irmãs (14,68%) e 4 (3,67%) são irmãos.

No que diz respeito às pacientes (Tabela 1), 32 (100%) são do sexo feminino, todas são solteiras e têm idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, sendo que a média de idades 15 anos. No que respeita às habilitações literárias, 11 (34,4%) frequentam o 3º ciclo e 21 (65,6%) frequentam o ensino secundário, 14 (43,8%) residem na cidade, 9 (28,1%) numa vila e 9 (28,1%) numa aldeia.

Os pais (mães e pais) apresentam uma média de idade de 48 anos variando entre 40 e 59. Um (1,8%) é solteiro, 52 são casados (91,2%), 1 é divorciado (1,8%) e 3 estão em união de facto (5,3%). No que refere às habilitações literárias, 2 (3,5%) concluíram o 1º ciclo, 3 (5,3%) o 2º ciclo, 3 (5,3%) o 3º ciclo, 18 (31,6%) secundário, 25 (43,9%) licenciatura, 4 (7%) o mestrado e 2 (3,5%) doutoramento. Cinquenta e dois pais (91,2%) estão empregados, 4 (7%) estão desempregados e 1 (1,8%) estuda.

As famílias são maioritariamente nucleares intactas (26, 81,3%), 5 (15,6%) são famílias monoparentais e uma família alargada (3,1%).

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica das pacientes e familiares*

		Pacientes		Pais		Irmãos	
		<i>N = 32 (100%)</i>		<i>N = 57 (100%)</i>		<i>N = 20 (100%)</i>	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo	Feminino	32	100	31	54,4	16	80,0
	Masculino	0	0	26	45,6	4	20,0
Idade	12 - 15	19	59,4	0	0	7	35,0
	16 - 18	13	40,6	0	0	2	10,0
	> 18	0	0	57	100	11	55,0
	Média	15,25		48,25		18,95	
Estado civil	Solteiro(a)	32	100	1	1,8	18	90,0
	Casado(a)	0	0	52	91,2	0	0
	Divorciado(a)	0	0	1	1,8	2	10,0
	União de facto	0	0	3	5,3	0	0
Habilitações literárias	1º ciclo	0	0	2	3,5	0	0
	2º ciclo	0	0	3	5,3	2	10,0
	3º ciclo	11	34,4	3	5,3	6	30,0
	Secundário	21	65,6	18	31,6	5	25,0
	Licenciatura	0	0	25	43,9	5	25,0
	Mestrado	0	0	4	7,0	2	10,0
	Doutoramento	0	0	2	3,5	0	0
Situação Laboral	Empregado	0	0	52	91,2	4	20,0
	Desempregado	0	0	4	7,0	3	15,0
	Estudante	32	100	1	1,8	13	65,0
		<i>n</i>				<i>%</i>	
Local de residência da família	Cidade	14				43,8	
	Vila	9				28,1	
	Aldeia	9				28,1	
Tipologia familiar	Família nuclear intacta	26				81,3	
	Família nuclear alargada	1				3,1	
	Monoparental	5				15,6	

Notas: *N* = número total da amostra; *n* = número de elementos/famílias; % = percentagem de participantes.

Na Tabela 2 apresentam-se informações relativas às pacientes e ao seu quadro clínico. Treze (40,6%) adolescentes praticam algum tipo de desporto e 19 (59,4%) não. Quanto ao índice de massa corporal (IMC), 26 (81,3%) apresentam um IMC classificado no DSM-5 como ligeiro (≥ 17 Kg/m²), 3 (9,4%) como moderado (16 - 16,99 Kg/m²), 1 (3,1%) grave (15 - 15,99 Kg/m²) e 2 (6,3%) extrema (< 15 Kg/m²). Quanto ao tempo de seguimento, 11 (34,4%) foram seguidas por um período de tempo inferior ou igual a 6 meses, 6 (18,8%) 7 a 12 meses, 7 (21,9%) 13 a 24 meses e 8 (25%) foram seguidos por mais de 24 meses. Já nas intervenções, verificamos que 19 (59,4%) das adolescentes são seguidas na pedopsiquiatria e 13 (40,6%) são seguidas na pedopsiquiatria e em outros serviços. Oito pacientes (25%) tiveram internamentos e 24 (75%) não. Ainda em relação aos internamentos, 5 (15,6%) tiveram

1 internamento, 2 (6,3%) tiveram 2 internamentos e 1 (3,1%) teve 5 internamentos. Quando analisado o tempo de internamento total, 1 (3,1%) esteve internada 3 semanas, 1 (3,1%) 4 semanas, 1 (3,1%) 5 semanas, 1 (3,1%) 10 semanas, 1 (3,1%) 12 semanas, 1 (3,1%) 16 semanas e 1 (3,1%) 48 semanas. Apenas 2 (6,3%) foram alimentadas por sonda, nos internamentos. Dezoito (56,3%) pacientes estão medicadas e 14 (43,8%) não.

Tabela 2

Caracterização do quadro clínico das pacientes

		<i>n</i>	%
Desporto	Sim	13	40,6
	Não	19	59,4
IMC	≥ 17 kg/m ²	26	81,3
	16 - 16,99 kg/m ²	3	9,4
	15 - 15,99 kg/m ²	1	3,1
	< 15 kg/m ²	2	6,3
Tempo de acompanhamento médico (em meses)	≤ 6	11	34,4
	7 - 12	6	18,8
	13 - 24	7	21,9
	> 24	8	25,0
Intervenções	Pedopsiquiatria	19	59,4
	Pedopsiquiatria e outros seguimentos	13	40,6
Internamento	Sim	8	25,0
	Não	24	75,0
Internamento (número de vezes)	0	24	75,0
	1	5	15,6
	2	2	6,3
	5	1	3,1
Semanas de internamento (n = 7)	0	25	78,1
	3	1	3,1
	4	1	3,1
	5	1	3,1
	10	1	3,1
	12	1	3,1
	16	1	3,1
	48	1	3,1
Alimentação por sonda	Sim	2	6,3
	Não	20	62,5
Medicação	Sim	18	56,3
	Não	14	43,8

Notas: *n* = número de sujeito; % = percentagem de participantes.

Procedimentos

Foi enviado um pedido para a realização deste estudo à Direção do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC).

Após obtenção das referidas autorizações para o desenvolvimento do estudo, a investigadora principal solicitou a colaboração aos participantes através da apresentação de consentimento informado (objetivos, âmbito e condições de participação) às pacientes (Apêndice A) e aos restantes familiares (Apêndice B).

Os protocolos foram respondidos no hospital aquando da consulta ou em casa, sendo devolvidos posteriormente.

A atual investigação foi desenhada de forma a cumprir e a respeitar o código de ética do Psicólogo.

O processo de recolha dos dados teve início a 27 de junho de 2018 e foi concluído a 27 de dezembro de 2018.

Instrumentos

O protocolo de investigação é composto por 4 instrumentos: 1) o questionário sociodemográfico e de dados complementares (Apêndice C); 2) *Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar* (FACES-IV); 3) *Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes* (TAACA); 4) *Contour Drawing Rating Scale* (CDRS).

Questionário sociodemográfico e de dados complementares. É um questionário que inclui questões gerais sobre a composição do agregado familiar, sobre a paciente e sobre o diagnóstico/doença. Este questionário é preenchido pela paciente e/ou por um dos pais.

Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar versão IV (FACES IV). A FACES-IV na sua versão portuguesa foi desenvolvida por Sequeira, Cerveira, Silva, Neves, Vicente, Espírito-Santo e Guadalupe, em 2015. Avalia o funcionamento familiar nas variáveis coesão e adaptabilidade, comunicação e satisfação, organizando-se em seis subescalas: duas escalas equilibradas (coesão e adaptabilidade) e quatro subescalas desequilibradas (caótica, rígida, emaranhada e desmembrada). A FACES IV representa a hipótese de relação curvilínea prevista no Modelo Circumplexo. É composta por 62 itens, sendo a sua distribuição a seguinte: 1) subescala da Coesão Equilibrada, 1, 7, 13, 19, 25, 31 e 37; 2) subescala da Flexibilidade Equilibrada, 2, 8, 14, 20, 26, 32 e 38; 3) subescala Desmembrada, 3, 9, 15, 21, 27, 33 e 39; 4) subescala Emaranhada, 4, 10, 16, 22, 28, 34 e 40; 5) subescala Rígida, 5, 11, 17, 23, 29, 35 e 41; 6) a subescala Caótica, 6, 12, 18, 24, 30, 36 e 42. A subescala da Comunicação inclui, os itens 43 ao 52, inclusive e a da Satisfação do 53 ao 62. Resultados baixos nas subescalas equilibradas são associados a um funcionamento familiar problemático e pontuações elevadas a um funcionamento familiar saudável. Inversamente, nas subescalas desequilibradas os resultados baixos associam-se a um funcionamento familiar saudável e as pontuações elevadas a um funcionamento

familiar problemático (Sequeira et al., 2015). A FACES IV deve ser respondida por todos os elementos da família, com idades iguais ou superiores a 12 anos de idade.

Na Tabela 3 constam os valores do *Alfa de Cronbach* para este estudo, em cada uma das subescalas da FACES IV e na validação para a população portuguesa.

Tabela 3

Consistência Interna FACESIV

Subescalas	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach (Silva, 2015)
Equilibradas		
Coesão	0,73	0,77
Flexibilidade	0,70	0,64
Desequilibradas		
Desmembrada	0,74	0,74
Emaranhada	0,32	0,47
Rígida	0,56	0,65
Caótica	0,63	0,73
Comunicação	0,87	90
Satisfação	0,91	0,94
Total	0,81	0,81

Olson e Gorall (2006) para avaliar o grau de equilíbrio ou desequilíbrio das famílias, na dimensão da Coesão e da Flexibilidade, criaram 3 rácios, nomeadamente, o da Coesão Equilibrada, Flexibilidade Equilibrada e o rácio Circumplexo Total. Para obter os rácios da Coesão Equilibrada divide-se o valor da subescala da Coesão Equilibrada pela média da soma do valor da subescala Coesão Emaranhada e Coesão Desmembrada. Para o rácio da Flexibilidade Equilibrada divide-se o valor da subescala Flexibilidade Equilibrada pela média da soma dos valores da subescala da Flexibilidade Rígida e Flexibilidade Caótica. O Rácio Circumplexo Total divide-se as médias das subescalas da Coesão e Flexibilidade (subescalas Equilibradas) pela média do valor das subescalas das subescalas Emaranhada, Desmembrada, Rígida e Caótica (subescalas Desequilibradas). Resultados acima de 1, significam maior equilíbrio e abaixo de 1 maior desequilíbrio familiar (Olson & Gorall, 2006).

Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes (TAACA). A versão portuguesa é de Teixeira, Pereira, Saraiva, Marques, Soares, Bos, Valente, Azevedo e Macedo (2012), e foi a tradução do teste *Children Eating Attitudes Test* de Maloney (1988) (Teixeira, et al., 2012). Este teste é composto por 26 itens e é respondido de acordo com uma escala de Likert com 6 opções: “nunca”, “raras vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “muitíssimas vezes” e “sempre” (Teixeira et al., 2012). Das possíveis respostas, as opções “nunca”, “raras vezes” e “algumas vezes” são cotadas com zero valores, enquanto que, as respostas que se associam à sintomatologia são, “muitas vezes” (cotada com um valor), “muitíssimas vezes” (cotada com dois valores) e finalmente, “sempre” (cotada com três valores). Os itens 19 e 25 têm uma cotação invertida (Teixeira et al., 2012). A cotação do instrumento é feita pelo somatório da pontuação dada a cada item, podendo variar entre 0 e 78 valores. Quanto maior for o

somatório maior será a disfunção das atitudes e comportamentos alimentares dos adolescentes (Teixeira et al., 2012). Este questionário é preenchido pela paciente.

Na Tabela 4, podem ser consultados os valores do *Alfa de Cronbach* que foram obtidos no presente estudo, assim como, os que foram obtidos na validação para a população portuguesa de Teixeira et al., em 2012.

Tabela 4

Consistência Interna da TAACA

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach (Teixeira et al., 2012)
TAACA	0,937	0,727

Contour Drawing Rating Scale (CDRS). Os autores são Thompson e Gray, (1995) e a validação para a população portuguesa foi desenvolvida por Francisco, Narciso e Alarcão em 2012. Este instrumento apresenta duas sequências, compostas por nove imagens, de distintas silhuetas masculinas e femininas. As sequências das imagens estão numeradas e variam da silhueta mais magra (à esquerda) para a silhueta mais gorda (à direita). Avalia-se a forma como o sujeito identifica a sua imagem corporal real e a imagem corporal ideal/desejada. A insatisfação corporal é avaliada pelas discrepâncias entre silhueta real ou atual e a silhueta ideal (Thompson & Gray, 1995). Este questionário é preenchido pela paciente.

Análise estatística

Na análise estatística utilizamos o programa informático IBM SPSS *Statistics* (versão 25) para o sistema operativo *Windows*.

As variáveis do estudo apresentam uma distribuição não normal, razão pela qual se optou por testes não paramétricos na comparação de grupos e análise de correlações.

Resultados

Perceção do funcionamento familiar

Na Tabela 5, apresentam-se os resultados das subescalas equilibradas, da FACES IV. Na subescala da Coesão os participantes ($n = 109$) percecionam a sua família como sendo muito coesa (51 - 46,8%). Já na subescala da Flexibilidade a maioria dos participantes (67%) percecionam a sua família como muito flexível e o valor médio é 69,96. Comparando os diferentes elementos da família, a maioria dos pais consideram a família como muito coesa (29 - 50,9%), as filhas pacientes como coesa (13 - 40,6%) e muito coesa (13 - 40,6%) e os irmãos percecionam a sua família como muito coesa (9 - 45%), algo coesa (6 - 30%) e coesa (5 - 25%). Relativamente à subescala da Flexibilidade a maioria dos

participantes (56 - 73,7%) percebem a sua família como muito flexível, bem como as pacientes (17 - 53,1%). Ao analisar as diferenças nas pontuações da FACES-IV entre os vários elementos (paciente, pais e irmãos), verificamos que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabela 5

Resultados das subescalas Equilibradas da FACES IV

Subescalas	Nível	Todos participantes	Pacientes	Pais	Irmãos	K
		n (% válida)				
Coesão	Algo coesa	15 (13,8%)	6 (18,8%)	3 (5,3%)	6 (30,0%)	2,98 ^{NS}
Equilibrada	Coesa	43 (39,4%)	13 (40,6%)	25 (43,9%)	5 (25,0%)	
	Muito coesa	51 (46,8%)	13 (40,6%)	29 (50,9%)	9 (45,0%)	
	Total	109 (100,0)	32 (100,0)	57 (100,0%)	20 (100,0%)	
M		61,44	27,94	28,86	27,40	
DP		21,15	4,02	2,32	3,75	
Intervalo		10-99	16-35	23-35	22-34	
Flexibilidade	Algo flexível	2 (1,8%)	2 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)	4,07 ^{NS}
Equilibrada	Flexível	34 (31,2%)	13 (40,6%)	15 (26,3%)	6 (30,0%)	
	Muito flexível	73 (67,0%)	17 (53,1%)	42 (73,7%)	14 (70,0%)	
	Total	109 (100,0%)	32 (100,0%)	57 (100,0%)	20 (100,0%)	
M		69,96	26,00	27,60	26,05	
DP		16,54	3,75	2,74	3,22	
Intervalo		15-99	15-31	22-34	18-31	

Notas: n = número de participantes; % = percentagem de participantes; M = média; DP = Desvio Padrão; K = Kruskal-Wallis; NS = Não Significativo.

A Tabela 6 apresenta os resultados das subescalas desequilibradas. Na subescala Desmembrada a maioria dos participantes (76 - 69,7%) apresentam resultados muito baixos, bem como as pacientes (21 - 65,6%), os pais (45 - 78,9%) e os irmãos (10 - 50%). Na subescala Emaranhada, os participantes apresentam resultados baixos (67 - 61,5%), bem como as pacientes (21 - 65,5%), os pais (35 - 61,4%) e os irmãos (11 - 55%). Na subescala Rígida, na generalidade, os participantes apresentam resultados baixos (49 - 45%), tal como os pais (29 - 50,9%) e os irmãos (10 - 50%). Apenas as pacientes pontuam mais alto nesta subescala - rigidez moderada (16 - 50%). Na subescala Caótica novamente os participantes pontuam muito baixo (74 - 67,9%), tal como as pacientes (18 - 56,3%), os pais (42 - 73,7%) e os irmãos (14 - 70%). Nas subescalas desequilibradas os vários elementos da família apresentam percepções semelhantes, à exceção da percepção de rigidez que é superior nas pacientes.

Ao verificar as diferenças nas pontuações da FACES-IV entre os diversos elementos (pacientes, pais e irmãos), observam-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na subescala Desmembrada, entre pacientes - pais e pacientes - irmãos. As pacientes apresentam uma média (15,71) mais alta aquando a comparados com os pais ($M = 14,07$). Já com os irmãos ($M = 16,10$), as pacientes apresentam uma média mais baixa (15,71). Apesar destas diferenças terem relevância estatística não o

são do ponto de vista clínico pois as pontuações obtidas em todos os grupos enquadram-se no percentil correspondente ao desmembramento muito baixo e baixo de forma relativamente uniforme em todos os grupos.

Tabela 6

Resultados das subescalas Desequilibradas da FACES IV

Subescalas	Nível	Todos participantes	Paciente	Pais	Irmão	K
		n (% válida)				
Desmembrada	Muito baixo	76 (69,7%)	21 (65,6%)	45 (78,9%)	10 (50,0%)	6,58 *
	Baixo	27 (24,8%)	8 (25,0%)	11 (19,3%)	8 (40,0%)	
	Moderado	6 (5,5%)	3 (9,4%)	1 (1,8%)	2 (10,0%)	
	Alto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Muito alto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	109 (100,0%)	32 (100,0%)	57 (100,0%)	20 (100,0%)	
M		24,46	15,75	12,67	16,10	
DP		9,52	3,40	3,37	4,28	
Intervalo		10-60	9-23	7-20	8-25	
Comparações entre grupos			1 vs 2*	1 vs 3*		
Emaranhada	Muito baixo	11 (10,1%)	2 (6,3%)	4 (7,0%)	5 (25,0%)	1,64 ^{NS}
	Baixo	67 (61,5%)	21 (65,6%)	35 (61,4%)	11 (55,0%)	
	Moderado	28 (25,7%)	8 (25,0%)	17 (29,8%)	3 (15,0%)	
	Alto	3 (2,8%)	1 (3,1%)	1 (1,8%)	1 (5%)	
	Muito alto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	109 (100,0%)	32 (100,0%)	57 (100,0%)	20 (100,0%)	
M		38,40	19,88	20,33	19,35	
DP		10,19	2,86	2,46	3,33	
Intervalo		18-68	13-27	17-25	15-27	
Rígida	Muito baixo	13 (11,9%)	5 (15,6%)	6 (10,5%)	2 (10,0%)	0,62 ^{NS}
	Baixo	49 (45,0%)	10 (31,3%)	29 (50,9%)	10 (50,0%)	
	Moderado	40 (36,7%)	16 (50,0%)	19 (33,3%)	5 (25,0%)	
	Alto	6 (5,5%)	1 (3,1%)	3 (5,3%)	2 (10,0%)	
	Muito alto	1 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,0%)	
	Total	109 (100,0%)	32 (100,0%)	57 (100,0%)	20 (100,0%)	
M		41,73	20,69	19,92	21,50	
DP		13,22	3,81	3,42	4,43	
Intervalo		16-95	12-26	13-24	13-33	
Caótica	Muito baixo	74 (67,9%)	18 (56,3%)	42 (73,7%)	14 (70,0%)	
	Baixo	32 (29,4%)	12 (37,5%)	15 (26,3%)	5 (25,0%)	
	Moderado	2 (1,8%)	1 (3,1%)	0 (0%)	1 (5,0%)	
	Alto	1 (0,9%)	1 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Muito alto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	109 (100,0%)	32 (100,0%)	57 (100,0%)	20 (100,0%)	
M		25,31	16,63	13,17	15,30	
DP		9,05	3,64	3,04	3,98	
Intervalo		10-68	7-27	7-16	8-23	

Notas: n = número de participantes; % = percentagem de participantes; M = média; DP = Desvio Padrão; K = Kruskal-Wallis; NS = Não Significativo; * $p < 0,05$.

Ao consultar a Tabela 7, verificamos que 66,1% dos participantes pontuam a Comunicação como moderada, sendo também esta percepção da maioria das pacientes (19 - 59,4%), dos pais (41 - 71,9%) e os irmãos (12 - 60%). A Satisfação é pontuada como baixa pela maioria dos participantes (77 - 70,6%), pelas pacientes (20 - 62,5%), pelos pais (43 - 75,4%) e também pelos irmãos (14 - 70%). Conclui-se que os vários elementos da família apresentam percepções semelhantes sobre a comunicação e a satisfação.

Nas pontuações da satisfação e comunicação entre os diversos elementos (paciente, pais e irmãos) observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os grupos.

Tabela 7

Resultados das subescalas de Comunicação e Satisfação da FACES IV

		Todos participantes	Pacientes	Pais	Irmãos	
Subescalas	Nível	n (% válida)				K
Comunicação	Muito baixa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3,39 ^{NS}
	Baixa	37 (33,9%)	13 (40,6%)	16 (28,1%)	8 (40,0%)	
	Moderada	72 (66,1%)	19 (59,4%)	41 (71,9%)	12 (60,0%)	
	Alta	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Muito alta	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	109 (100,0%)	32 (100,0%)	57 (100,0%)	20 (100,0%)	
M		37,40	36,81	40,50	36,15	
DP		5,38	6,31	3,73	5,12	
Intervalo		21-49	21-49	36-47	23-46	
Satisfação	Muito baixa	26 (23,9%)	8 (25,0%)	13 (22,8%)	5 (25,0%)	0,38 ^{NS}
	Baixa	77 (70,6%)	20 (62,5%)	43 (75,4%)	14 (70,0%)	
	Moderada	6 (5,5%)	4 (12,5%)	1 (1,8%)	1 (5,0%)	
	Alta	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Muito alta	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	109 (100,0%)	32 (100,0%)	57 (100,0%)	20 (100,0%)	
M		25,28	25,75	29,67	25,70	
DP		6,06	7,06	5,25	6,04	
Intervalo		10-40	10-37	18-37	13-40	

Notas: n = número de participantes; % = percentagem de participantes; M = média; DP = Desvio Padrão; K = Kruskal-Wallis; NS = Não Significativo; com o teste Kruskal-Wallis analisamos a perspectiva dos pais, pacientes e irmão.

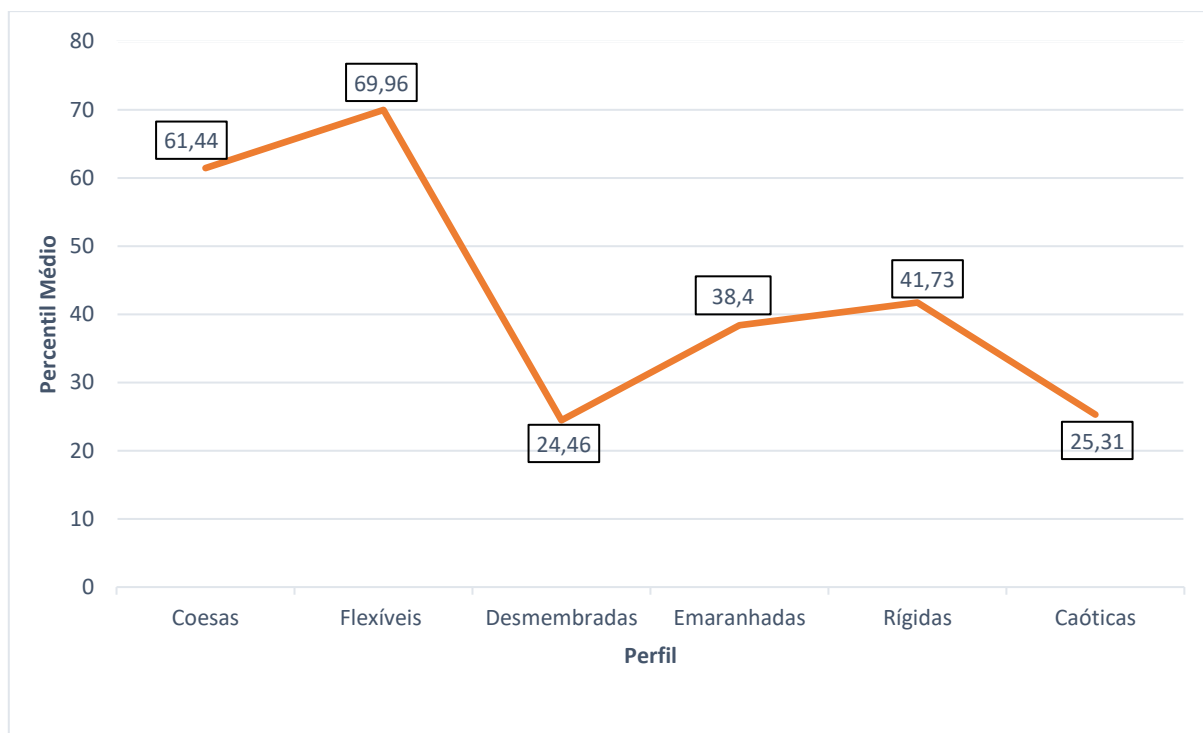
Os resultados relativos aos rácios da Coesão, da Flexibilidade e Total podem ser consultados na Tabela 8. As 32 famílias apresentam rácios equilibrados: subescala da Coesão - 1,68; subescala da flexibilidade - 1,53; rácio total - 1,59.

Tabela 8*Análise dos rácios da Coesão, Flexibilidade e Total nas famílias*

Subescalas	Nível	n (% válida)	M	DP	Intervalo
Coesão	Equilíbrio	109 (100,0%)			
	Desequilíbrio	0 (0%)	1,68	0,24	1,23-2,29
	Total	109 (100,0%)			
Flexibilidade	Equilíbrio	109 (100,0%)			
	Desequilíbrio	(0%)	1,53	0,22	1,10-2,11
	Total	109 (100,0%)			
Total	Equilíbrio	109 (100,0%)			
	Desequilíbrio	0 (0%)	1,59	0,20	1,25-1,98
	Total	109 (100%)			

Notas: n = número de participantes; % = percentagem de participantes; M = média; DP = Desvio Padrão.

A Figura 1 apresenta o resultado do *cluster* em que as famílias em estudo se encontram, calculado através dos percentis médios de cada subescala. Nela verificamos que as famílias se enquadram no *Cluster 1: Famílias Equilibradas* (Olson & Gorall, 2006).

**Figura 1.** Perfil dos participantes: Resultados das subescalas da FACES-IV

Na Tabela 9, constam os resultados obtidos pelas subescalas da FACES IV em função do grau de parentesco das famílias, tendo dividido os grupos entre pais e filhos (pacientes e irmãos). Nas subescalas da Flexibilidade Equilibrada, Desmembrada e Caótica foram

encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Na Flexibilidade Equilibrada, os pais pontuam a Flexibilidade Equilibrada mais elevada ($M = 27,64$) quando a comparados com os filhos ($M = 26,04$). Na subescala Desmembrada os filhos percecionam maiores níveis de desmembramento ($M = 15,86$) face aos os pais ($M = 14,07$). Também na subescala Caótica os filhos apresentam níveis de maior caoticidade ($M = 16,12$) do que os pais ($M = 14,70$).

Tabela 9

Resultados da FACES IV em função do grau de parentesco das famílias

	Grau de parentesco				
	Pais		Filhos		<i>U</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Coesão	28,88	2,34	27,75	3,93	1174,50 ^{NS}
Flexibilidade	27,64	2,75	26,04	3,56	1108,50*
Desmembrada	14,07	3,31	15,86	3,76	1025,50*
Emaranhada	20,21	2,56	19,69	3,06	1273,50 ^{NS}
Rígida	20,45	3,12	20,92	4,04	1303,00 ^{NS}
Caótica	14,70	3,09	16,12	3,83	1098,50*
Comunicação	38,29	4,83	36,55	5,89	1146,50 ^{NS}
Satisfação	25,02	5,44	25,84	6,64	1333,50 ^{NS}

Notas: *M* = média; *DP* = Desvio Padrão; *U* = U Mann-Whitney; NS = Não Significativo; * $p < 0,05$; avó e a neta foram excluídas por apenas existir um caso.

Na Tabela 10, constam os resultados da FACES IV em função da tipologia familiar. Observa-se diferenças estatisticamente significativas entre família intacta e a família monoparental, nomeadamente na subescala Desmembrada, Caótica, Comunicação e Satisfação. Na subescala Desmembrada, verifica-se que a família nuclear intacta apresenta níveis mais elevados de desmembramento ($M = 15,21$) em comparação com a família monoparental ($M = 12,67$). O mesmo acontece na subescala Caótica, pois a família nuclear intacta pontua maior caoticidade ($M = 15,65$), quando comparada com a família monoparental ($M = 13,17$). Salienta-se, porém, que embora existam diferenças estatisticamente significativas todos os resultados são baixos ou muito baixos, ou seja, não percecionam desmembramento nem caoticidade no funcionamento familiar. Já no que respeita à subescala da Comunicação a família monoparental apresenta resultados mais elevados ($M = 40,50$) do que a família nuclear intacta ($M = 37,07$). O mesmo acontece na subescala da Satisfação, a família monoparental apresenta uma pontuação mais elevada ($M = 29,67$) quando a comparada com a família nuclear intacta ($M = 24,87$).

Tabela 10*Resultados da FACES IV em função da tipologia familiar*

	Tipologia familiar				
	Família nuclear intacta		Família monoparental		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>
Coesão	28,20	3,26	29,42	2,84	441,50 ^{NS}
Flexibilidade	26,79	3,26	27,58	3,15	518,50 ^{NS}
Desmembrada	15,21	3,57	12,67	3,37	322,00*
Emaranhada	19,92	2,85	20,33	2,46	514,00 ^{NS}
Rígida	20,77	3,60	19,92	3,42	507,50 ^{NS}
Caótica	15,65	3,49	13,17	3,04	346,00*
Comunicação	37,07	5,48	40,50	3,73	356,50*
Satisfação	24,87	5,93	29,67	5,25	303,00**

Notas: M = média; DP = Desvio Padrão; U = U Mann-Whitney; NS = Não Significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; família alargada excluída por ser um caso.

Na Tabela 11 é apresentada a comparação das subescalas da FACES IV em função das idades das pacientes. Na subescala Caótica existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os dois grupos de idades (12 - 15 e 16 - 18). São as mais velhas (16 - 18) quem percecionam a família como mais caótica. Porém, ainda assim, os resultados são muito baixos, ou seja, nenhum dos grupos percecionam a família como sendo caótica, o que retira a significância clínica a este resultado.

Tabela 11*Comparação da FACES IV em função da idade das pacientes*

	Idade				
	12-15		16-18		
	(n = 19)		(n = 13)		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>
Coesão	28,74	3,54	26,77	4,53	95,00 ^{NS}
Flexibilidade	26,84	3,99	24,77	3,11	73,00 ^{NS}
Desmembrada	15,47	3,17	16,15	3,81	109,00 ^{NS}
Emaranhada	19,68	2,00	20,15	3,87	108,50 ^{NS}
Rígida	19,95	4,37	21,77	2,62	93,00 ^{NS}
Caótica	15,58	3,55	18,15	3,34	70,50*
Comunicação	38,21	5,92	34,77	6,52	80,50 ^{NS}
Satisfação	27,16	7,35	23,69	6,33	92,00 ^{NS}

Notas: n = número de participantes; M - média; DP - Desvio Padrão; U = U Mann-Whitney; NS = Não Significativo; * $p < 0,05$.

Na Tabela 12 encontram-se os resultados da FACES IV em função da existência ou não de prática desportiva das pacientes. Observam-se diferenças ($p < 0,05$) na subescala da Coesão Equilibrada, na qual o grupo que pratica desporto apresenta uma coesão mais elevada ($M = 30,15$) quando comparado com o grupo que não realiza qualquer tipo de prática desportiva (M

= 26,42). Ainda na subescala Desmembrada, observam-se diferenças significativas ($p < 0,05$), sendo que as participantes que não praticam desporto tendem a ter níveis mais elevados de desmembramento ($M = 17,00$) quando comparados com as que praticam ($M = 13,92$). Porém ainda assim os resultados são muito baixos, ou seja, nenhum dos grupos percebe a família como sendo desmembrada, o que retira a significância clínica a este resultado.

Tabela 12

Resultados da FACES IV em função da prática desportiva das pacientes

	Pratica desportiva				
	Sim		Não		U
	(n = 13)		(n = 19)		
	M	DP	M	DP	
Coesão	30,15	2,82	26,42	4,07	58,00*
Flexibilidade	27,31	2,53	25,11	4,23	86,00 ^{NS}
Desmembrada	13,92	2,75	17,00	3,28	61,00*
Emaranhada	20,00	3,08	19,79	2,78	110,00 ^{NS}
Rígida	19,46	4,31	21,53	3,29	91,50 ^{NS}
Caótica	15,38	3,78	17,47	3,39	87,00 ^{NS}
Comunicação	37,92	5,91	36,05	6,61	102,50 ^{NS}
Satisfação	28,54	7,46	23,84	6,27	82,50 ^{NS}

Notas: n = número de participantes; M - média; DP - Desvio Padrão; U = U Mann-Whitney; NS = Não Significativo; * $p < 0,05$.

Na Tabela 13 constam os resultados das subescalas da FACES IV em função do IMC das pacientes. Observa-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na subescala da flexibilidade. As pacientes que têm IMC de 17 apresentam médias mais elevadas de Flexibilidade Equilibrada ($M = 26,92$) em comparação com as pacientes que têm um IMC de 16 - 16,99 ($M = 21,33$).

Tabela 13

Resultados da FACES IV em função do IMC das pacientes

	IMC						
	≥ 17		16 - 16,99		< 15		Comparações entre grupos
	M	DP	M	DP	M	DP	
Coesão	28,54	4,13	24,00	2,65	27,00	0,00	5,12 ^{NS}
Flexibilidade	26,92	3,14	21,33	5,51	23,50	2,12	6,36* 1 vs 2*
Desmembrada	15,31	3,47	19,00	2,65	17,00	1,41	4,10 ^{NS}
Emaranhada	20,23	3,01	17,67	0,58	18,50	2,12	4,34 ^{NS}
Rígida	21,04	3,66	20,33	3,06	18,00	8,49	0,43 ^{NS}
Caótica	16,46	3,72	19,33	1,53	15,00	5,66	3,36 ^{NS}
Comunicação	37,69	6,25	30,33	6,66	36,00	4,24	3,80 ^{NS}
Satisfação	26,54	7,37	19,33	3,79	26,00	4,24	2,59 ^{NS}

Notas: M = média; DP = Desvio Padrão; ≥ = maior ou igual; < = menor; K = Kruskal-Wallis H; NS = Não Significativo; * $p < 0,05$; o intervalo 15 - 15,99 foi excluído por constar um elemento.

Ao analisar as subescalas da FACES IV em função da escolaridade, do tempo de seguimento, do tipo de seguimento/intervenções, dos internamentos (existência ou inexistência), da alimentação por sonda (das que estiveram internadas), da toma de medicação, do local de residência das pacientes, do sexo dos familiares das pacientes, habilitações literárias dos familiares das pacientes e a situação laboral dos familiares das pacientes, verificamos a ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre grupos. Os resultados obtidos podem ser consultados no Apêndice D.

Atitudes e comportamentos alimentares e imagem corporal das Pacientes

Ao consultar a Tabela 14, podemos analisar os resultados obtidos quanto às atitudes e comportamentos alimentares - TAACA - e quanto à satisfação com a imagem corporal - CDRS.

Os resultados no TAACA evidenciam que 32 pacientes obtiveram uma média de 20,06, num máximo possível de 78 pontos e o mínimo de 0. O valor médio de 20,06 é considerado baixo, o que significa que as pacientes apresentam poucos comportamentos alimentares perturbados, sendo que 14 pacientes (43,8%) obtiveram valores mais baixos entre 0 e 15, 10 pacientes (31,3%) apresentaram valores médios entre 16 e 29 e 8 pacientes (25,0%) obtiveram valores mais elevados, iguais ou superiores a 30. Quanto à satisfação com a imagem corporal - CDRS - a média é de -0,66 (o máximo é 9 e o mínimo é -9). Este valor arredondando-se para -1 indica insatisfação com a imagem corporal, ou seja, as pacientes apresentam uma silhueta ideal menos volumosa do que a que têm. Podemos verificar, ainda, que 17 pacientes (53,1%) apresentam valores entre -1 e -9, o que significa que estão insatisfeitas com a sua imagem corporal e idealizam uma figura menos volumosa, enquanto que, 10 pacientes (31,3%) obtiveram valores entre 1 e 9, ou seja, estão insatisfeitas com a sua imagem corporal e idealizam uma figura mais volumosa. As restantes 5 (15,6%) apresentam valores iguais a 0, o que quer dizer que se apresentam satisfeitas com a sua imagem corporal.

Tabela 14*Resultados do TAACA e da CDRS*

		n (% válida)	M	DP	Intervalo
TAACA	0 - 15	14 (43,8%)	20,06	17,82	0-62
	16 - 29	10 (31,3%)			
	≥ 30	8 (25,0%)			
	Total	32 (100%)			
CDRS	-1 a -9	17 (53,1%)	-0,66	2,27	-6 - 3
	0	5 (15,6%)			
	1 a 9	10 (31,3%)			
	Total	32 (100,0%)			

Notas: n = número de participantes; % = percentagem de participantes; M = média; DP = Desvio Padrão; TAACA = Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes; CDRS = Contour Drawing Rating Scale.

A Tabela 15 apresenta os resultados do TAACA e da CDRS em função de variáveis sociodemográficas e clínicas das pacientes (idade, escolaridade, local de residência, prática desportiva, IMC, tempo de seguimento - em meses, tipo de seguimento/intervenções das pacientes, internamento, alimentação por sonda e medicação). Apenas foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função do ano de escolaridade e tempo de seguimento. As pacientes que frequentam o 3º ciclo têm mais atitudes e comportamentos alimentares perturbados e maior insatisfação com a imagem corporal, desejando ser mais magras do que são. As pacientes seguidas há 6 meses ou menos são as que apresentam mais atitudes e comportamentos alimentares perturbados e as que têm seguimento entre 13 e 24 meses são as que apresentam menos atitudes e comportamentos alimentares perturbados.

Também no internamento e na medicação se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que as pacientes que estiveram internadas e que fazem medicação apresentam atitudes e comportamentos alimentares mais perturbados e as que estiveram internadas apresentam maior insatisfação com imagem corporal, em comparação com as que não estiveram.

Tabela 15*Resultados do TAACA e da CDRS em função de variáveis demográficas e clínicas*

Variáveis		TAACA			CDRS		
		M	DP		M	DP	
				U			U
Idade	12 - 15	23,84	18,32		-0,74	2,73	
(Min = 12; Máx = 18)	16 - 18	14,54	16,16	81,00 ^{NS}	-0,54	1,45	123,50 ^{NS}
				U			U
Escolaridade	3º Ciclo	30,73	19,03		-1,91	2,77	64,50*
	Secundário	14,48	14,69	53,50*	0,00	1,67	
				K			K
	Cidade	25,00	17,48		-1,07	2,62	
Local de residência	Vila	18,33	21,53	0,245 ^{NS}	-1,11	2,15	0,187 ^{NS}
	Aldeia	14,11	13,58		0,44	1,51	
				U			U
Pratica desportiva	Sim	19,0	18,93		- 0,85	1,68	
	Não	20,74	17,51	115,00 ^{NS}	- 0,53	2,63	115,00 ^{NS}
				K			K
IMC	17	19,46	18,11		-0,81	2,04	
(Min = 14,20; Máx =	16 - 16,99	31,00	22,00	1,41 ^{NS}	-1,67	4,04	2,28 ^{NS}
23,68)	< 15	20,00	4,24		1,00	0,00	
				K			K
Tempo de seguimento	≤ 6	28,45	19,72		0,91	3,08	
(em meses) (Min = 2,00;	7 - 12	27,67	9,03		1,17	2,40	
Máx = 60,00)	13 - 24	6,00	6,93	10,60*	-0,29	1,50	2,16 ^{NS}
	> 24	15,13	19,10		0,88	1,55	
Comparações entre grupos (tempo de seguimento - TAACA)			1 vs 3**				
			2 vs 3**				
				U			U
Tipo de seguimento/ intervenções	Pedopsiquiatria	20,42	20,29		-0,89	2,40	
	Pedopsiquiatria e outros	19,54	14,22	115,50 ^{NS}	-0,31	2,10	110,00 ^{NS}
				U			U
Internamento	Sim	33,25	21,99	46,00*	-2,00	2,56	49,50*
	Não	15,67	14,14		-0,21	2,02	
				U			U
Alimentação por sonda	Sim	42,00	15,56		-4,00	0,00	4,00 ^{NS}
	Não	19,10	19,51	6,00 ^{NS}	-0,80	2,19	
				U			U
Medicação	Sim	27,07	18,08	70,50*	-0,79	2,78	112,00 ^{NS}
	Não	14,61	16,03		-0,56	1,85	

Notas: M = média; DP = Desvio Padrão; Min = Mínimo; Máx = Máximo; IMC = Índice de Massa Corporal; ≤ = igual ou menor; < = menor; > = maior; U = U Mann-Whitney; K = Kruskal-Wallis; TAACA = Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes; CDRS = Contour Drawing Rating Scale; NS=Não Significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Foram estudadas as correlações existentes entre FACES IV, o TAACA e a CDRS e não se observaram correlações médias ou fortes e estatisticamente significativas que indicem relação entre as variáveis. Os resultados encontram-se no Apêndice G.

Discussão

O resultado deste trabalho permitiu concluir que:

1) as famílias com pacientes anoréticas percebem-se como sendo equilibradas, muito coesas e muito flexíveis;

2) percebem baixa satisfação com a família e avaliam a comunicação como sendo moderada e baixa;

3) pais e filhos têm percepções de funcionamento familiar distintas, sendo que os filhos percebem maiores níveis de desmembramento e caoticidade. Os pais percebem a família com maior flexibilidade em comparação com os filhos. Observou-se também maior percepção de rigidez da parte das pacientes em comparação com os restantes elementos (dado que não reflete diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mas têm relevância clínica);

4) as famílias nucleares intactas percebem-se como mais desmembradas e mais caóticas, comparando com as famílias monoparentais (embora os resultados nunca indiquem desmembramento ou caoticidade, por serem ainda muito baixos). As famílias monoparentais percebem a comunicação e satisfação moderada e baixa mas, ainda assim, mais elevada do que a nuclear intacta;

5) as pacientes que têm IMC entre 17 e 16 apresentam valores mais elevados na coesão equilibrada em comparação com as que têm IMC mais baixo;

6) as pacientes que frequentam o 3º ciclo, que são seguidas à menos de 6 meses, que tiveram internamentos e fazem medicação apresentam mais atitudes e comportamentos alimentares perturbados e as últimas também estão mais insatisfeitas com a sua imagem corporal.

No presente estudo, as famílias percebem-se como equilibradas e de acordo com Olson e Gorall (2006) enquadram-se no *Cluster 1 – Equilibradas (Balanced)*. Segundo os mesmos autores, estas famílias apresentam altos níveis de funcionalidade, são consideradas saudáveis, sendo expectável que tenham, à partida, a capacidade de promover mudanças e lidar com o *stress*. Os resultados apurados neste estudo opõem-se às ideias defendidas por Minuchin (1974) relativamente às “famílias psicossomáticas”, onde é descrita superproteção, emaranhamento e dificuldade na resolução de conflitos. Porém, os dados obtidos são corroborados pelo estudo

de Nascimento (2010), realizado com anoréticas, concluindo que a adaptabilidade familiar é percebida como equilibrada e a coesão como moderada. Também o estudo de Dare et al. (1994) evidencia que os pais e as mães consideram as suas famílias equilibradas, mas apontam que desejam ser mais flexíveis e coesas.

Da mesma forma a satisfação com a família e a comunicação são percebidas pelos participantes como sendo baixa e moderada. Também Vidović et al. (2004) concluíram que as pacientes com Perturbação da Alimentação e da Ingestão e as suas mães percebem dificuldades comunicacionais. As mães identificam a sua comunicação com as filhas como sendo aberta, mas sobrecarregada com problemas. Emanuelli et al. (2004) referem que as filhas anoréticas, quando comparadas com os demais elementos, percebem a comunicação como sendo pior, em comparação com os restantes elementos, mas todos pontuam como baixa.

A articulação do resultado 1 com o resultado 2 evidencia alguma incongruência. Se por um lado as famílias, na generalidade, se percebem como sendo equilibradamente coesas e flexíveis, por outro lado, avaliam a sua comunicação como baixa e moderada e a satisfação é baixa. Estes resultados podem ser explicados pela forma como vivem e se ajustam à doença da paciente e também face à etapa do ciclo vital em que se encontram - famílias com filhos adolescentes. Esta etapa envolve situações potencialmente geradoras de conflitos e tensões, com impacto na comunicação e satisfação com a família o que pode justificar os resultados da comunicação e satisfação. Paralelamente, a maioria das famílias estudadas é nuclear intacta, ou seja, os dois pais vivem com os filhos, encontram-se em situação laboral estável e têm um nível de formação elevado - licenciatura - o que poderá favorecer um contexto de vida equilibrado. Este dado é confirmado pelos estudos de Anjos (2017), Couceiro (2018), Pereira (2018) e Silva (2015) apontando que as famílias com estatuto socioeconómico mais elevado, com mais formação académica e de configuração familiar nuclear intacta percebem o funcionamento familiar como sendo mais ajustado em comparação com famílias socioeconómicas mais desfavoráveis e com níveis de educação mais baixos e com desemprego.

Segundo Wisotsky et al. (2003) entre o nível de disfunção do sistema familiar e a Perturbação da Alimentação e da Ingestão verifica-se que quanto maior é a severidade da patologia alimentar maior será a disfunção da família. Nos casos estudados também se verificou que a maioria das pacientes que participou neste estudo não apresenta elevados comportamentos e atitudes alimentares disfuncionais, nem mesmo grande perturbação da imagem corporal, ou seja, a sintomatologia não é intensa, sendo que o impacto no funcionamento familiar também poderá não ser tão perturbador, conseguindo a família ajustar-

se apesar da doença. Este resultado relaciona-se e justifica também o resultado 5, segundo o qual as pacientes que têm IMC entre 17 e 16 (nível mais alto da nossa amostra) apresentam resultados mais elevados na coesão equilibrada, ou seja, estão melhores quanto à sua saúde e também percebem a família como coesa de forma funcional.

A percepção mais negativa do funcionamento familiar por parte dos filhos em comparação com os pais tem sido uma constante nos resultados de estudos com a FACES IV (Cerveira, 2015; Neves, 2015; Pereira, 2018 & Silva, 2015). A percepção de maior rigidez por parte das pacientes em comparação com os restantes elementos da família também é um dado com relevância clínica, embora não seja estatisticamente comprovado pela observação de diferenças de grupos. Também no estudo de Dare et al. (1994) as pacientes, em comparação com os pais, vêem a família como mais rígida. A percepção de que a família é moderadamente rígida por parte significativa das pacientes (50%) pode evidenciar a dificuldade que estas jovens sentem que as suas famílias apresentam flexibilização e na mudança relativamente a regras, papéis, rotinas e funções familiares. Todos os modelos familiares explicativos da AN enfatizam a rigidez das famílias com esta sintomatologia, evidenciando as dificuldades em mudar o seu funcionamento, face às crises com que se deparam e, em particular, face ao sintoma anorético. Faz sentido que seja a paciente a sentir a rigidez pois é em torno de si e do seu sintoma que a família funciona maioritariamente, sendo também a paciente quem mais necessita e beneficia da mudança na família. Este dado merece mais estudos com uma amostra mais significativa para que se possa aferir o sentido desta tendência, do ponto de vista clínico.

Os participantes das famílias nucleares intactas percebem a família como sendo mais desmembrada e caótica em comparação com os participantes das famílias monoparentais (apesar de termos apenas 5 famílias monoparentais) e estas também percebem a comunicação e a satisfação com a família um pouco mais positiva/moderada. Embora os resultados nas escalas desmembradas e caótica sejam ainda assim baixos podemos hipotetizar que numa família monoparental o impacto da doença e da sintomatologia possa ser distinto, em comparação com uma família nuclear intacta, com mais irmãos, mais desafios, mais tarefas, mais pessoas em casa para organizar e gerir o dia a dia e as crises. A gestão e controle da doença e dos sintomas poderá estar mais facilitada nas famílias monoparentais, por serem apenas duas pessoas, logo os desafios da parentalidade estão concentrados apenas na paciente, não há outras tarefas face a outros filhos e também não há conjugalidade para gerir, em simultâneo com a doença. Assim, a proximidade pode ser, teoricamente, maior. Também a inexistência no agregado familiar de um dos pais leva à inexistência de possíveis triangulações,

entre a paciente e um dos pais contra o outro e, assim, contribuir para o afastamento/conflito. Neste seguimento, percebe-se que face ao contexto de doença possa ser menos confuso e menos exigente estarem apenas duas pessoas na família e, por isso, a maior satisfação com a família e melhor comunicação. Este dado vai ao encontro das teorias explicativas da escola de Milão e Estrutural que enfatizam a existência de elevados níveis de proximidade entre a pacientes e um dos pais, sendo que essa relação é percebida pelos próprios como gratificante, embora possa ser caracterizada por elevada dependência e emaranhamento.

As pacientes que frequentam o 3º ciclo apresentam mais atitudes e comportamentos alimentares perturbados e maior insatisfação com a imagem corporal. O estudo de Alves et al. (2008) sobre a prevalência de sintomas de AN e de insatisfação com a imagem corporal, com 1148 adolescentes concluiu que a prevalência de comportamentos alimentares de risco está associada à insatisfação com a imagem corporal e na faixa etária dos 10 aos 13 anos, sendo que o 3º ciclo corresponde exatamente a esta faixa etária, indo até aos 14 anos de idade.

A adolescência é uma fase de construção da identidade e a imagem é um elemento central neste processo, sendo a magreza valorizada positivamente entre jovens e as mulheres, no geral. Este facto pode ser associado à influência que os meios de comunicação exercem sobre o ideal de beleza. De acordo Dorfman e Rossato (2012) os adolescentes percebem os artistas de televisão e de cinema e os modelos como exemplos a seguir, o que resulta numa determinada estética que lhe é implicitamente imposta e, algumas jovens, são muito vulneráveis a estas influências e pressões. Dorfman e Rossato (2012) referem que a preocupação com o peso pode ser uma forma de alcançar, através do corpo, o controle e a autoestima desejados. Já as pacientes que frequentam o secundário apresentam-se mais satisfeitas com a sua imagem corporal. Este dado é corroborado pelo estudo de Lemes, Câmara, Alves e Aerts (2018) que concluíram que a grande maioria dos adolescentes (74,7%) se encontram satisfeitos com a sua imagem corporal.

As pacientes onde ocorreram internamentos durante a doença, que estão medicadas e que têm seguimento há menos de seis meses apresentam mais comportamentos e atitudes alimentares desajustados e as que estiveram internadas também apresentam maior insatisfação com a imagem corporal. Estes dados parecem relacionar-se e fazer sentido conjuntamente, pois indicam que a gravidade dos sintomas que levam ao internamento e à necessidade de medicação têm reflexos nos sintomas da doença, sendo mais intensos/graves. Já o seguimento há menos de seis meses implica que a doença pode estar ainda numa fase não controlada e ou aguda, sendo “normal” que a sintomatologia nestas fases seja mais intensa, tendendo depois a

diminuir e ser mais controlada, dado que também é confirmado pela baixa sintomatologia das pacientes que são seguidas entre 13 e 24 meses e que apresentam atitudes e comportamentos alimentares perturbados muito baixos.

Conclusão

Conclui-se que as famílias das pacientes com anorexia nervosa estudadas, percecionam-se como sendo muito coesas e muito flexíveis, ou seja, funcionais. No entanto apresentam satisfação familiar e comunicação baixas.

Este estudo permite refletir sobre as teorias assentes na clínica, modelos apresentados na introdução deste trabalho, com famílias anoréticas sobre o emaranhamento e a rigidez familiares. Evidencia que as famílias não tendem a percecionar-se como emaranhadas ou rígidas, embora possa pensar-se que os técnicos as consideram desta forma, o que poderá ajudar a compreender as discrepâncias encontradas entre as teorias baseadas na clínica com estas famílias e os estudos empíricos que envolvem a perceção dos participantes!

Não se considera que uma visão deva ser mais valorizada do que outra, até porque é evidente que a leitura dos pacientes sobre as suas dificuldades é sempre pontuada pela vivência pessoal e, por exemplo, será muito difícil uma família com elevada coesão (funcionamento em algumas culturas considerado positivo e normativo) ver-se como emaranhada (funcionamento excessivamente coeso que poderá ser gerador de sofrimento) e a linha que separa um e outro é ténue e não é rígida. Ou seja, poderão existir momentos em que a coesão elevada é sentida como muito boa e outros em que é sentida como disfuncional. Importa, por isso, incluir estudos que integrem a versão dos pacientes, famílias e também dos profissionais que as acompanham numa leitura integrada e cruzada das várias perspetivas.

Sublinha-se que a amostra recolhida constitui uma população clínica de muito difícil acesso e estudo, sendo as conclusões deste trabalho muito relevantes para a problemática em causa, face à escassez de estudos, não apenas com a paciente, mas, também, com as famílias, mas devem ser cuidadosamente generalizadas.

Os resultados permitiram concluir que estas famílias poderiam beneficiar de um seguimento em terapia familiar, a par com o seguimento médico, tal como é sugerido em inúmeros trabalhos sobre a eficácia da intervenção familiar nesta problemática.

Algumas limitações devem, porém, ser evidenciadas e devem colocar reservas à generalização destes resultados. O número de famílias participantes, embora relevante e de difícil acesso foram apenas 32, as condições para administração do protocolo de investigação

não foram sempre as mais adequadas, por limitações de espaço no hospital e, nalguns casos, foi realizada após ou antes da consulta de pedopsiquiatria, o que certamente pontuou a posição dos participantes face às questões e a sua disponibilidade para refletir sobre elas.

Sugere-se a realização de estudos com Perturbações da Alimentação e da Ingestão com vários diagnósticos, uma vez que emergem de forma mais frequente na atualidade e importa analisar os padrões de funcionamento familiar que emergem nestas problemáticas, para assim intervir mais eficazmente face à complexidade e gravidade da doença em causa.

Estudos de design mistos que criem a perspetiva das famílias, dos pacientes e dos técnicos também parecem ser pertinentes no sentido da identificação dos pontos de contacto sobre a visão do problema e do funcionamento da família e também das possíveis intervenções a desenvolver neste âmbito.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Alves, E., Vasconcelos, F. A. G., Calvo, M. C. M. & Neves, J. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 24(3), 503-512. doi:10.1590/s0102-311x2008000300004
- Anjos, V. N. (2017). *Perceção do funcionamento familiar e do suporte social em estudantes do ensino superior em Portugal Continental* (Published Master's thesis). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/731>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5^a th). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastasiadou, D., Sepulveda, A. R., Parks, M., Cuellar-Flores, I. & Graell, M. (2015). The relationship between dysfunctional family patterns and symptom severity among adolescent patients with eating disorders: A gender-specific approach. *Women & Health*, 56(6), 695–712. doi: 10.1080 / 03630242.2015.1118728
- Busse, S. R. (2004). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri: Manole.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G. & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, 10(1), 305–312. doi:10.2147/prbm.s145463
- Cerveira, C. M. (2015). *Funcionamento das famílias: Perceção de funcionamento familiar nas diferentes configurações familiares* (Published Master's thesis). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/486>
- Couceiro, M. F. R. (2018). *Perceção do funcionamento familiar e rede social pessoal de estudantes de ensino superior* (Published Master's thesis). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/959>
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. & Mouren, M.-C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223–236. doi:10.1002/erv.628
- Dare, C., Grange, D. L., Eisler, I. & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 211–226. doi:10.1002/1098-108x(199411)16:3<211::aid-eat2260160302>3.0.co;2-x

- Dorfman, I. Z. & Rossato, M. L. (2012). A dinâmica do controle na anorexia nervosa. *Revista Brasileira de Terapia de Família*, 4(1), (57-66). Retrieved from <https://docplayer.com.br/8088432-A-dinamica-do-controle-na-anorexia-nervosa.html>
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B. & Waller, G. (2004) Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions. *Eating and Weight Disorder* 9(1), 1–6. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF03325038.pdf>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180. doi: 10.1111 / j.1752-0606.1983.tb01497.x
- Francisco, R., Narciso, I. & Alarcão, M. (2012). (In)Satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: Contributo para o processo de validação da Contour Drawing Rating Scale. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 34(1), 61-88. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/24685>
- Gouveia, J. P. (2000). Factores etiológicos e desenvolvimentais nos distúrbios alimentares. In Soares, I. (Ed.), *Psicologia do desenvolvimento: Trajectórias (In)adaptativas ao longo da vida* (pp. 263-314). Coimbra: Quarteto Editora.
- Guttman, H. A. & Laporte, L. (2002). Family members' retrospective perceptions of intrafamilial relationships. *Contemporary Family Therapy*, 24(3), 505-521. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1019871417951>
- Highet, N., Thompson, M. & King, R. (2005). The experience of living with an eating disorder: The impact on the carers. *Eating Disorders*, 13(4), 327-344. doi: 10.1080 / 10640260591005227
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389–394. doi:10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Lemes, D. C. M., Câmara, S. G., Alves, G. G., & Aerts, D. (2018). Satisfação com a imagem corporal e bem-estar subjetivo entre adolescentes escolares do ensino fundamental da rede pública estadual de Canoas/RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(12), 4289–4298. doi:10.1590/1413-812320182312.14742016
- Martins, C. R., Pelegrini, A., Matheus, S. C. & Petroski, E. L. (2010). Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de

- anorexia e bulimia em adolescentes. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 32(1), 19–23. doi:10.1590/s0101-81082010000100004
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Printed in Spain.
- Nascimento, S. (2010). *Anorexia Nervosa: Percepções Familiares* (Published Master's thesis). Universidade do Porto, Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10216/55415>
- Neves, S. (2015). *Funcionamento familiar e autoconceito do adolescente: Percepção de pais e filhos* (Published Master's thesis). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/551>
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64-80. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
- Olson, D. H. & Gorall, D. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed., pp. 514-547). New York: The Guilford Press.
- Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2006). *FACES IV & the circumplex model*. Retrieved from https://www.societyofpediatricpsychology.org/sites/default/files/files/3_innovations.pdf
- Palazzoli, M. S. (1974). *Self-Starvation*. Londres, Chaucer Publishing.
- Palazzoli, M. S. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Piados Ibérica.
- Pereira, A. S. M. M. (2018). *Percepção do funcionamento familiar, suporte social e autoconceito: estudo com adolescentes e suas famílias* (Published Master's thesis). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/956>
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, F. (2016). O papel da família sobre a anorexia: breve discussão teórica. *Clínica & Cultura*, 2(1), 11-20. Retrieved from <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/5559/5989>
- Sequeira, J., Cerveira, C., Silva, M. I., Neves, S., Vicente, H., Espírito-Santo, H. & Guadalupe, S. (em preparação, 2015). *Validation of FACES IV for the portuguese population*.
- Shek, D. T. L. (2002). Family functioning and psychological well-being, school adjustment, and problem behavior in chinese adolescents with and without economic disadvantage. *The Journal of Genetic Psychology*, 163(4), 497–502. doi:10.1080/00221320209598698

- Silva, M. I. M. C. (2015). *Validação da FACES IV: O funcionamento da família em diferentes etapas do ciclo vital* (Published Master's thesis). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/593>
- Teixeira, M. D. C. B., Pereira, A. T. F., Saraiva, J. M. T., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S. C., Valente, J., Azevedo, M. H. P. & Macedo, A. J. F. (2012). Portuguese validation of the Children's Eating Attitudes Test. *Rev Psiquiatr Clín*, 39(6), 189-93. doi: 10.1590/S0101-60832012000600002
- Thompson, M. A. & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258-269.
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M. & Tocilj, G. (2004). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19–28. doi:10.1002/erv.615
- Waller, G., Slade, P. & Calam, R. (1990). Family adaptability and cohesion: Relation to eating attitudes and disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 225–228. doi:10.1002/1098-108x(199003)9:2<225::aid-eat2260090214>3.0.co;2-d
- Wang, J. & Zhao, X. (2013). Perceived family functioning in depressed Chinese couples: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 15(1), 9-14. doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00707.x
- White, M. (1983). Anorexia Nervosa: A Transgenerational System Perspective. *Family Process*, 22 (3), 255–273. doi: 10.1111 / j.1545-5300.1983.00255.x
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornaria, V., Katz, J., Wisotsky, W. & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders*, 11(2), 89 - 99. doi:10.1080/10640260390199280